

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 64

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

DE LA
PALPATION DE L'ÉPAULE

Chez les primipares à bassins normaux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Gaston CHARRIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Asnières (Charente-Inférieure), le 24 Octobre 1881



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^e, ÉDITEURS

3, Rue Stelli, 3

1904

DE LA

PALPATION DE L'ÉPAULE

Chez les primipares à bassins normaux

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 64

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

DE LA

PALPATION DE L'ÉPAULE

Chez les primipares à bassins normaux

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1904

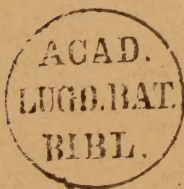
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston CHARRIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Asnières (Charente-Inférieure), le 24 Octobre 1881



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^e, ÉDITEURS
3, Rue Stélli, 3

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	X...
Physique médicale	AUGAGNEUR.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	WEILL.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire.	X...
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	MOREL.
PIC.	COURMONT (P.).	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE
PAVIOT.	CHATIN.	CHARVET.	NICOLAS.
NOVE-JOSSERAND	VILLARD.	COMMANDEUR.	PATEL.
BÉRARD.	TIXIER.	GAYET.	PLAUCHU, ch...
SAMBUC.	REGAUD.		

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FABRE, *Président* ; M. POLLOSSON (A.), *Assesseur* ;
MM. COMMANDEUR et PLAUCHU, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AU LIEUTENANT-COLONEL CHARRIER

MON PÈRE,

Témoignage d'éternelle reconnaissance
pour l'exceptionnelle sollicitude avec
laquelle il nous a guidé jusqu'à ce jour.

A MA MÈRE

Dont je n'ai pu lasser la bonté et le
dévouement. Faible gage de recon-
naissance.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL DE 2^e CLASSE HASSLER

Qui au moment de notre entrée à l'École,
nous a donné une marque d'intérêt que
nous n'oublierons pas.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lyon

A MES MAÎTRES DE BORDEAUX ET DE LYON

INTRODUCTION

Dans le courant de l'année 1904, Monsieur le professeur Fabre voulut bien, avec sa bienveillance ordinaire, nous confier le sujet, que nous allons exposer aussi bien que notre inexpérience nous le pourra permettre. Nous y avons travaillé avec toute la conscience dont nous sommes capable, certain que notre maître saura être indulgent à notre égard. Nous le remercions de la sollicitude qu'il nous a toujours témoignée, des conseils si utiles et nombreux qu'il nous a prodigués durant les mois trop courts où nous fûmes son élève, et nous le prions d'agréer ici l'assurance de notre très respectueux dévouement.

A l'Ecole où nous avons passé trois bien longues années, nous avons eu des moments de découragement. Complètement isolé, souvent privé de tout bon conseil et de marque de sympathie, au moment où cela nous aurait été le plus utile, nous avons trouvé parmi nos camarades des marques nombreuses et sincères d'affection. Nous remercions ceux de nos amis qui se sont reconnus à la lecture des lignes qui

précèdent et les prions de vouloir bien croire à notre plus franche et plus inaltérable amitié.

Madame et Monsieur le Capitaine Roche, nous ont reçu avec une affabilité que nous ne saurions oublier. Nous garderons de leur bonté le meilleur souvenir.

Merci aussi à M. le Docteur Plauchu, ex-chef de clinique, et à M. le Docteur Gonnet, chef de clinique, qui nous ont maintes fois prodigué leurs conseils dévoués et éclairés.

CHAPITRE PREMIER

Historique du palper

Il ne nous paraît pas inutile, avant d'aborder notre sujet, de jeter un rapide coup d'œil, sur ce qu'était, jusqu'à ces dernières années, le palper abdominal, pour nous rendre compte des parties fœtales repérées dans cette opération et faire ressortir d'autant mieux l'absence presque totale de recherches touchant la situation de l'épaule ; recherches, qui, nous essayerons de le montrer, donnent des renseignements de première importance sur la situation et la marche de la tête, dans les présentations du sommet et dans les bassins normaux pendant le dernier mois de la grossesse, et même pendant le travail. (Ce dernier point n'étant pas traité dans notre sujet).

Le palper a été connu et pratiqué de tout temps, pourrait-on dire. Depuis Hippocrate, à qui ce mode d'exploration n'était pas inconnu, jusqu'à nos jours, le palper a été toujours employé et préconisé. En 1661,

Mercurius Scipio, le pratiquait souvent. En 1721, Dionis, médecin Liégeois, parle du palper abdominal, comme d'un moyen de diagnostiquer les grossesses gémellaires.

Rœderer appelle le palper abdominal « attouchement » et ne le considère que comme pouvant être utile au diagnostic de la grossesse. Il est suivi bientôt dans cette voie par Smellie, Beaudeloque, etc., vers le commencement du XIX^e siècle, Schmitt, Wigand, indiquent les ressources que l'art obstétrical peut retirer du palper.

Une mention spéciale doit être faite pour Wigand qui donna à son époque des règles assez détaillées sur le palper abdominal et la version par manœuvres externes. Cet accoucheur de Hambourg n'a cependant décrit ni le palper dans ses règles générales ou spéciales, ni dans ses applications aux cas exceptionnels : à plus forte raison, il ne s'en est pas servi comme méthode générale de diagnostic. Cependant le palper était déjà pratiqué assez couramment et Bernhein (1803), Jörg (1822), d'Outrepoint (1822), Carus (1828), en parlent dans leur traité d'accouchement.

Depuis ce moment, les accoucheurs allemands se sont tous occupés de ce mode d'examen.

En France, au contraire, le palper comme moyen de diagnostic, ne prospérait guère à Paris. Déjà le toucher vaginal avait pris une grande extension, au point de servir beaucoup pour le diagnostic de présentations, même avant la rupture des membranes, lorsque la découverte de l'auscultation obstétricale (1818-22) vint tellement le renforcer que la recherche de la présenta-

tion du fœtus par le palper, fut complètement négligée, quoique dans des cas exceptionnels et, comme par hasard, on ait cependant pu distinguer des parties fœtales, à travers la paroi abdominale.

Désormeaux et Paul Dubois, dans le Dictionnaire en 30 volumes (1), parlant des grossesses gémellaires, disent du palper : « Si on applique la main sur le ventre de la femme, on peut reconnaître ces enfants aussi aisément qu'on distingue en d'autres cas, les pieds, les bras ou les genoux de celui qui est seul. » Et cependant le palper était complètement négligé à la clinique de la Faculté de Paris, il n'a été appliqué que d'une manière exceptionnelle et incomplète.

MM. Devilliers et Chailly, dans un mémoire lu en 1842, à la Société de médecine de Paris, sur l'auscultation appliquée à la grossesse conviennent que « les deux mains appliquées sur l'abdomen pourront constater un corps rond sous la main, plus dur que les autres, impossible ou très difficile à déplacer qui indique la tête du fœtus ; un autre corps à surface plus étendue, d'une courbure plus large, d'une résistance un peu moindre que le précédent, indique le tronc. La partie la plus saillante de cette surface sera l'épaule ou la fesse, que l'on ne distinguera l'une de l'autre, qu' à l'aide d'autres signes. Jacquemier dans son manuel d'accouchements, ne s'arrête guère non plus au palper. En Belgique, Hubert de Louvain, reconnaît dès le début de sa carrière, combien le palper est important.

(1) *Répertoire des sciences médicales*, t. III, p. 367, Paris 1836.

Depaul en 1847, donne quelques règles, bien vagues, d'ailleurs, sur ce mode d'examen.

A Paris, MM. Guyon et Varnier, dès 1862, mirent le palper en usage, dans leurs services et l'enseignèrent à leurs élèves.

Un article de Lucas-Championnière nous donne la méthode résumée de M. Guyon.

Enfin en 1878, Pinard écrit son traité sur le palper abdominal où il indique tous les organes et parties importantes du fœtus à rechercher dans cette intervention et le manuel opératoire à suivre.

Pour faire un historique tant soit peu complet du palper abdominal, il est impossible de passer sous silence le docteur Mattei, qui, dans son traité du palper abdominal, et de la version du fœtus par manœuvres externes, indique quelques règles à suivre et quelques points intéressants à rechercher pour le diagnostic. Mattei fait ressortir, avec justesse, que depuis le siècle dernier, jusqu'au milieu de celui-ci, on a bien commencé à palper le ventre quelquefois, avant ou après la rupture des membranes, pour s'assurer de la présentation de l'enfant, mais que c'est sur le toucher vaginal et l'auscultation qu'on a surtout basé le diagnostic. « Le palper, dit Mattei, sous le nom de toucher externe ou autre, avait même très rarement un chapitre à part dans ces traités classiques : il n'en était guère question qu'à propos de la version par manœuvres externes et dans des conditions exceptionnelles qui pouvaient en faciliter l'emploi. Le toucher externe, est resté, jusqu'au milieu de notre siècle, c'est-

à-dire, jusqu'à mes recherches, un moyen fort limité et exceptionnel. »

Cet historique fait par Mattei (1), s'il est un peu exagéré et flatteur pour lui, n'en est pas moins assez exact; puisqu'il a fallu arriver jusqu'à lui et jusqu'au traité de Pinard pour avoir quelques notions exactes sur ce que devait être le palper abdominal, apte à donner des renseignements précis.

Nous allons voir dans le chapitre qui va suivre, que si le palper a été longtemps méconnu, et presque systématiquement oublié, pourrait-on dire, il n'en est plus de même maintenant. Les Pinard, les Budin, l'ont mis comme manœuvre d'examen au-dessus de toutes les autres, et l'on pourrait bien certainement congédier beaucoup de femmes enceintes après les avoir uniquement palpées: leur diagnostic serait établi de façon ferme et indubitable.

(1) Traité du palper abdominal et de la version par manœuvres externes. 1879.

CHAPITRE II

L'Epaule et sa valeur diagnostique en obstétrique

Si l'on parcourt tous les traités d'obstétrique écrits jusqu'à ce jour et cités dans l'historique précédent, on ne trouve en aucun d'eux une importance suffisante attachée à l'épaule. Partout cette partie importante du fœtus est passée sous silence, partout elle est considérée comme inutile et n'est nullement recherchée. C'est à peine si dans quelques vieux ouvrages d'obstétrique on le signale, dans les présentations du thorax comme lieu d'élection pour l'auscultation des bruits du cœur du fœtus et en dehors de ce point particulier où on reconnaît sa recherche absolument nécessaire, il n'en est aucunement question. On manquait cependant de point de repère précis pour poser son stéthoscope sur la paroi abdominale d'une femme enceinte, et pour diagnostiquer à une époque où le toucher ne donne que des renseignements incomplets où en était la descente de la tête. Au point de vue auscultation, on en était réduit à tracer sur le ventre de la future accou-

chee des lignes absolument fictives, formant ce qu'on appelait des éventails stéthoscopiques (1) et ne répondant à rien de réel (procédé de la ligne lombo-iliaque). Pour des raisons multiples, ces tracés manquaient souvent d'exactitude, et on devait très souvent tâtonner longuement avant d'arriver à placer son oreille à l'endroit où les bruits du cœur fœtal sont perçus avec le maximum d'intensité. Pour faire ressortir complètement l'infériorité de la méthode, il faudrait ajouter que ces tracés étaient forcément très variables avec chaque présentation, et il fallait avoir présents à l'esprit les multiples schémas, pour arriver à faire une auscultation susceptible de fournir sur l'état du fœtus, des renseignements précis.

Dans le traité de Mattei, sur le palper abdominal, 1879, il est sommairement indiqué cependant que le point d'élection pour l'auscultation est la région précordiale du fœtus, mais on se rend compte facilement des difficultés qui devaient survenir dans certaines présentations, lorsque le dos, par exemple, est en avant, et que toute la masse fœtale est interposée entre le cœur, dont on veut percevoir les contractions et l'oreille de l'observateur. Pinard lui-même, passe en revue dans son traité du palper abdominal toutes les parties principales du fœtus qui doivent être soigneusement recherchées et là encore, il n'est point question de l'épaule. Il faut, dit l'auteur, dans tout palper, rechercher la tête, le tronc, c'est tout au plus si après avoir énuméré les parties secondaires, pourrait-on

(1) Auvard. Pages 167-170.

dire, de la masse fœtale, il signale le palper de l'épaule. On peut nous faire cette objection qui paraît juste, c'est que, alors que l'acromion n'était l'objet d'aucune recherche de la part des accoucheurs, ceux-ci arrivaient quand même de par le palper seul, à faire des diagnostics très précis.

Mattéi raconte d'une façon très humoristique, d'ailleurs, dans son ouvrage, du palper abdominal, comment après avoir fait des études spéciales pendant son séjour en Corse, il revint triomphant à Paris, auprès du professeur Dubois, qui ne lui cacha pas ses rires ironiques lorsque Mattéi lui annonça qu'il se sentait capable de diagnostiquer par le palper seul, et sur la chemise de la parturiente, la position exacte du fœtus dans l'utérus de la mère. « Le 6 mars 1855, raconte-t-il, je me rendis à la clinique de la Faculté à l'heure de la visite de M. Dubois, et trouvant des femmes enceintes, je passais les mains sur le ventre encore recouvert de la chemise. En moins d'une minute j'avais porté mon diagnostic sur la présentation et la position de l'enfant. M. Dubois, chez ces mêmes femmes, pratiquait le toucher vaginal, cherchait par les moyens de l'auscultation les pulsations cardiaques, et après 6, 8, 10 minutes il disait : Je crois que vous avez raison ; ou bien la chose n'était pas sûre pour lui et nous attendions l'accouchement pour la confirmer. Cette fois, il ne riait plus, il disait au contraire avec humeur : Mais il n'est pas possible que vous puissiez être sûr de votre diagnostic puisque vous n'examinez pas les femmes ! Heureusement qu'à force de les répéter, mes expériences lui prouvèrent que mon impossible était la vérité. »

Dans son bref récit sur la découverte du palper, Mattei (1) oublie totalement de nous indiquer comment et à quel moment on devait pratiquer le palper, cependant il est facile de se rendre compte, que si l'auteur avait déjà fait de ce mode d'examen, un moyen déjà suffisant de diagnostiquer la position d'un fœtus, il ne se servait nullement de l'épaule pour arriver à ce résultat, et que c'était plutôt par des moyens empiriques, pourrait-on dire, qu'il touchait à son but.

De plus, le procédé « palper » paraît de prime abord bien insuffisant, car au moment où il est indispensable de connaître les rapports intimes de la tête avec le détroit supérieur, il était de toute nécessité de joindre à son examen par le palper, un toucher long et minutieux. Il faut bien avouer, car cela est certain, que dans bien des cas par le palper de la tête au-dessus du pubis il est facile de se rendre compte du degré d'engagement de la tête et que très souvent par cette manœuvre seule, on peut distinguer une tête amorcée d'une tête fixée, par exemple, pour choisir le cas le plus délicat ; mais il faut avouer cependant des cas où l'examen par le palper seul pouvait mener à d'énormes erreurs de diagnostic. Qu'on se représente seulement une présentation du pariétal postérieur dans un bassin rétréci, avec une tête très fléchie au palper, l'accoucheur dira souvent tête fixée, alors que le toucher refoulera aisément cette tête. Nous verrons plus loin que par le palper de l'épaule cette erreur ne sera plus commise, la mensuration de l'acromion

(1) Mattei. — Du palper abdominal, page 49.

nous donnera le moyen de trancher la difficulté, et la mesure de la hauteur et de la distance de l'épaule nous tirera du doute.

Mattei palpait un fœtus en bloc, il cherchait sans avoir, du reste, de point de repère précis à avoir une sensation générale, approximative, et il faut bien avouer qu'avec une méthode aussi incomplète, il devait surtout ses diagnostics à sa vieille habitude et à son expérience.

On voit ainsi combien on faisait jusqu'à ces dernières années peu de cas de la topographie de l'épaule, pourtant si importante, et capable de rendre de si grands services. Cependant Rivière de Bordeaux, dans une publication dans les *Annales de Gynécologie d'obstétrique* de 1886 (page 252), indique sommairement comme il faut faire le palper de l'épaule et quels renseignements on peut tirer de cette recherche. Il voit déjà, que de la situation de l'acromion, on peut déduire la présentation, mais il n'en tire pas pour cela un diagnostic de position. Il ne montre rien de particulier touchant la façon de toucher cette épaule, et ses conclusions n'ont rien de bien frappant. Il se contente de dire qu'à une épaule sentie à gauche, correspond une position gauche; qu'à une épaule sentie à droite correspond une position droite. Il ne nous indique pas qu'à cet endroit sont perçus les bruits du cœur avec leur intensité maxima, et que par la sensation de cette épaule, on peut dire : ce fœtus occupe telle position, l'occiput est postérieur, transverse ou antérieur.

En février 1896, M. le professeur Fabre concluait, d'après ses recherches, qu'il y avait lieu de s'enquérir

avec soin de l'endroit où se trouvait cette partie du fœtus, puisqu'on en pouvait déduire :

1° Auscultation des bruits du cœur, qui, à cet endroit, ont leur intensité maxima;

2° La position exacte du fœtus et le degré de descente sus-pelvienne de la tête et son engagement par rapport au détroit supérieur, dans les présentations du sommet, bien entendu, et dans les bassins normaux. L'avantage de cette recherche était énorme. on évitait ainsi des touchers répétés, qui fatalement, ne faisaient que léser les parties génitales, et donnaient d'une façon souvent inexacte le diagnostic de présentation et de position.

De plus, on avait, comme cela a été dit plus haut, un point où l'on était sûr de percevoir les bruits du cœur fœtal avec leur maximum d'intensité. Lorsqu'une femme enceinte se présente, portant un fœtus, avec présentation du sommet, on fait de suite la recherche de l'épaule antérieure, on y entend bien les bruits du cœur, et on déduit du point de projection de l'épaule sur la paroi, la situation du grand diamètre de la tête, par rapport au détroit supérieur. M. le professeur Fabre, a précisé pour chaque position le point exact où doit se trouver l'épaule, et la recherche courante de cette dernière, rend l'auscultation simple et le diagnostic de la situation du fœtus facile à faire, à défaut même de toucher.

CHAPITRE III

L'épaule dans ses rapports avec la descente sus-pelvienne de la tête

Dans une communication faite à la Société des Sciences Médicales de Lyon, dans la séance du 5 février 1896, M. le professeur Fabre montrait d'une façon certaine, que l'on pouvait, de par la palpation de l'épaule, se rendre un compte très exact de la descente de la tête fœtale, dans les présentations du sommet. Il suffit pour cela, de savoir à quelle hauteur l'épaule se trouve au-dessus des pubis, et si on cherche à quelle distance elle se trouve de la ligne médiane, on peut en déduire la position. Cette assertion est basée sur l'expérience suivante : Si l'on fait une coupe d'un fœtus congelé de 3500 grammes environ (poids ordinaire du fœtus de poids moyen), et que cette coupe soit orientée de telle sorte qu'elle passe par le synciput (sus-occiput), et par les deux extrémités du diamètre bi-pariétal et bi-acromial, on voit que sa

ligne qui va du milieu du bi-acromial au synciput mesure 13 centimètres ; c'est ce que l'on appelle la ligne sincipito-mi-acromiale. Cette ligne coupe en son milieu le bi-pariétal à 5 centimètres du synciput, le bi-pariétal est donc distant du bi-acromial de 8 centimètres.

La ligne sincipito-mi-acromiale traverse le plan de la circonférence sous-occipito-bregmatique dont fait partie le bi-pariétal à 5 centimètres du synciput : cette longueur de 5 centimètres représente la ligne sincipito-mi-pariétale.

On voit donc que toute les fois que l'épaule sera en rapport avec la paroi abdominale en un point situé sur une ligne horizontale qui coupera la ligne blanche à plus de 13 centimètres des pubis, la ligne sincipito-mi-acromiale sera toute entière située au-dessus du détroit supérieur, le synciput sera au-dessus de ce détroit supérieur. La tête sera encore tout à fait libre et mobile quand l'épaule sera sur une ligne horizontale distante du pubis de 8 centimètres, la ligne sincipito-mi-pariétale sera au-dessous du plan du détroit, le bi-pariétal sera dans le plan du détroit supérieur, et dans les bassins absolument normaux l'engagement sera fait, au sens précis que donne à ce mot Fochier, c'est-à-dire que la plus grande circonférence de la tête aura franchi le plan du détroit supérieur. La tête sera engagée.

Supposons maintenant que l'épaule soit placée entre ces deux lignes, c'est qu'une partie seulement de la ligne sincipito-mi-pariétale est placée au-dessous du détroit supérieur comme cela se voit fréquemment dans le dernier mois de la grossesse.

Dans ce cas, l'épaule reste élevée à 10 ou 11 centimètres du pubis. La tête est alors amorcée, c'est-à-dire paraissant fixée par le palper et facilement refoulable par le toucher.

Ces données préliminaires étant posées, si pendant le dernier mois de la grossesse, on se donne la peine de chercher, à des intervalles assez réguliers (tous les 4 ou 5 jours par exemple), cela a été fait dans les observations qui vont suivre, à se rendre compte de la situation de l'épaule, par rapport à la progression de la tête, on voit que cette épaule se déplace, suivant une ligne fixe et complète, toujours la même pour chaque présentation analogue, et qu'elle se meut non seulement vers les pubis, mais qu'elle tend aussi à se rapprocher de la ligne médiane, dans les présentations du sommet, et dans les bassins normaux, bien entendu.

Il est facile de rendre ce mouvement schématique. M. le professeur Fabre a fait représenter sur des tableaux, des figures, sur lesquelles l'épaule est représentée par un point que l'on a déplacé de jour en jour, à mesure que l'épaule descend.

Il suffit pour vérifier la migration de cette épaule, de figurer sa situation, un mois par exemple avant le terme probable de la grossesse. On examine de quatre jours en quatre jours, les variations de position de l'épaule au moyen de la palpation, et on obtient si on fait plusieurs constatations sur différentes parturitions toutes choses étant égales d'ailleurs, la même courbe de projection sur la paroi abdominale.

Il faut et il suffit pour fixer la fonction de l'épaule, de mesurer la longueur de deux lignes savoir :

1° La ligne horizontale qui unit à la ligne médiane le point où est perçue l'épaule ; c'est ce que pour abrégé nous appelons la distance de l'épaule.

2° La distance qui sépare du pubis, cette ligne horizontale, c'est ce que nous appelons la hauteur de l'épaule.

Nous dirons par exemple, après palpation, que l'épaule est perçue à 17 centimètres du pubis et à 15 centimètres de la ligne médiane ou bien d'après les définitions précédemment données de la distance et de la hauteur de l'épaule, que cette dernière a une hauteur de 17 centimètres et une distance de 15 centimètres.

Pour toutes ces constatations, il faut surtout se servir du palper, ce n'est en effet, que très tardivement, que l'on peut penser au toucher pour nous permettre de vérifier la position.

La sagittale ne peut être perçue, le plus généralement, à travers le segment inférieur que dans les derniers jours de la grossesse, alors que la tête est très descendue dans l'excavation.

Comment palper cette épaule ?

On agira comme l'indique M. Pinard (1), dans son magistral ouvrage sur le palper abdominal, c'est-à-dire que « on doit rechercher la tête au-dessus du détroit supérieur, les doigts étant enfoncés presque perpendiculairement à la paroi, et fixer la position suivant l'endroit où est senti le front ». De la situation du front, en effet, on peut déduire la position tout

(1) Traité du palper abdominal, Pinard, 1878.

entière. Il suffit de se représenter le fœtus, et cela est chose facile, du moment que l'on sait parfaitement la partie de l'ovoïde céphalique qui se présente. On ne peut mieux faire, dit couramment, notre maître, M. le professeur Fabre, pour bien se rendre compte de la situation d'un fœtus dans un utérus, que de se représenter soi-même à sa place.

M. Charpentier dit ceci : Deux cas peuvent se présenter :

1° L'excavation est occupée par la tête ;

2° La tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Dans le premier cas, pour bien apprécier la sensation fournie par l'épaule, il faut après avoir exploré la tête, laisser glisser doucement les doigts sur elle sans l'abandonner. Ceux-ci, arrivés sur le cou du fœtus, ne tardent pas à être arrêtés d'un côté par une saillie légère, un ressaut plus ou moins marqué, suivant les cas, qui retient les doigts à ce niveau, tandis que de l'autre côté la main monte sans trouver d'obstacle, et apprécie nettement la saillie caractéristique du front. Cet obstacle qui arrête ainsi les doigts est toujours constitué par l'épaule. Cette saillie constituée par l'épaule se trouvant toujours du côté de l'occiput donnera donc le diagnostic de la position.

Saillie de l'épaule à droite, position droite.

— — — gauche — gauche.

Dans le deuxième cas, lorsque l'excavation est vide et la tête mobile au-dessus du détroit supérieur, il suffit pour trouver l'épaule, de laisser glisser les doigts sur la tête fœtale, les doigts seront fatalement arrêtés d'un côté par la saillie de l'acromiom.

Une question se pose maintenant. Puisque l'épaule doit être un point de repère précieux et même indispensable, en quels points de la région abdominale pourra-t-elle et devra-t-elle être perçue ? Ces points sont excessivement variables, changeant pour ainsi dire à tout instant, leur situation dépendant du degré d'engagement, de la position et de l'état de flexion ou de déflexion de la tête.

M. le professeur Fabre, cliniquement fixe la situation précise de l'épaule correspondant aux quatre positions principales de la tête pendant son évolution finale ; ces quatre positions correspondant à la tête élevée, amincie, fixée, engagée. Au point de vue de l'influence du degré de descente de la tête fœtale, nous avons dit précédemment ce qu'il en est, si le synciput est au-dessus du plan du détroit supérieur, l'épaule est perçue au-dessus d'une ligne horizontale passant à 13 centimètres des pubis ; c'est la situation correspondant à la tête élevée, si la circonférence sous-occipitobregmatique est dans le plan du détroit supérieur, l'épaule se trouve sur une ligne horizontale distante du pubis de 10 ou 11 centimètres ; c'est la position correspondant à la tête amorcée.

On doit ainsi se rendre compte que la position du fœtus changera fatalement le point où sera perçue l'épaule. Cette dernière occupera, en effet, une situation variable, suivant qu'on aura affaire à une droite ou à une gauche, et dans chacune de ces deux positions, suivant aussi que la fontanelle postérieure, sera antérieure, transverse ou postérieure.

Dans toutes les mensurations prises sur l'épaule, on

a opéré de la façon suivante : on élève du point où siège l'épaule une perpendiculaire sur la ligne blanche, et on mesure l'espace compris entre le pied de cette perpendiculaire et le bord supérieur de la symphyse pubienne. On trace sur des schemas, obtenus par des tampons représentant la paroi abdominale divisée en centimètres carrés, le graphique obtenu.

CHAPITRE IV

Ligne de descente de l'Épaule, dans les différentes positions

Après avoir précédemment exposé comment on doit palper cette épaule, quelle est l'importance de cette manœuvre en obstétrique et quels rapports étroits lient la situation de cette partie du fœtus avec la descente sus-pelvienne de la tête, il est important de fixer l'endroit précis où l'on peut et doit trouver l'épaule dans ces différentes positions pendant le dernier mois de la grossesse.

Une division simple et quasi-obligatoire est la suivante :

Examiner successivement la descente de l'épaule dans les positions gauches et dans les positions droites et subdiviser ensuite chacune de ces deux sortes de positions en examinant la situation de l'épaule à trois époques différentes du dernier mois, 30 jours avant le terme, puis 15 jours et 10 jours avant.

I. — POSITIONS GAUCHES. — Dans les positions gauches, quel sera le schéma de la ligne de descente sus-pelvienne de l'épaule ? Si nous examinons soigneusement par le palper, une femme enceinte au début du neuvième mois, que constaterons-nous ?

(a). *Gauches postérieures.* — Au début du neuvième mois, nous verrons que par le palper, nous trouverons l'épaule à 17 centimètres au-dessus des pubis et à 15 centimètres de la ligne médiane. La hauteur et la distance de l'acromion dans les gauches sont, nous le verrons plus loin, les mêmes que dans les droites, avec une différence de côté, voilà tout.

Dans les positions gauches postérieures, lorsque la tête est très descendue, l'épaule est à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane, comme M. Pinard l'a dit ; si l'engagement n'est pas fait, l'épaule sera perçue alors à 12 centimètres de la ligne médiane ; enfin, si l'épaule est à plus de 13 centimètres des pubis, dans une postérieure, la distance oscillera entre 13 et 15 centimètres.

(b). *Gauches transverses.* — Dans les positions transversales, l'épaule se trouve lorsque la tête est fléchie, sur une ligne verticale placée à 10 centimètres de la ligne médiane, et lorsque la tête est défléchie, la distance de l'épaule n'est plus que de 7 centimètres environ, elle se trouve du côté de l'occiput.

(c). *Gauches antérieures.* — Que se passe-t-il dans les positions antérieures ? Ici, lorsque la sagittale est, par exemple, en rapport avec le diamètre oblique gauche du bassin, le biacromial, placé perpendiculaire-

ment à la direction de la suture sagittale se trouve dans le plan vertical déterminé par le grand diamètre oblique droit; son extrémité toute antérieure, c'est-à-dire l'épaule droite, est alors très voisine de la ligne médiane, et même, au moment de la fin de la descente, elle déborde à droite la ligne médiane de 4 centimètres; mais ceci rentre dans la période des douleurs et ne fait plus partie de notre sujet.

Quels renseignements nous fournira, maintenant, le toucher dans les gauches? Si la tête est suffisamment engagée on la sentira à l'examen pratiqué, suivant le grand diamètre oblique droit à un second examen pratiqué 16 jours avant terme, la sagittale occupera le diamètre transverse, et au troisième examen pratiqué 10 jours avant terme, la sagittale sera perçue, suivant un diamètre intermédiaire ou transverse et à l'oblique gauche, pour prendre la direction sacro-pubienne.

Que devient maintenant l'épaule pendant la constitution du segment inférieur? Elle descend et se rapproche de la ligne médiane. Seize jours avant le terme on peut la percevoir à 10 [centimètres du pubis et à 10 centimètres de la ligne médiane, la tête est alors transversale, la sagittale suivant le diamètre transverse; puis six jours plus tard, dix jours par conséquent avant l'accouchement probable, on la trouve à 6 centimètres du pubis et à 6 centimètres de la ligne médiane. A ce moment précis, la tête est intermédiaire au diamètre oblique et transverse, par le toucher on vérifie facilement cela.

On voit ainsi que primitivement, bien avant le travail et l'engagement, la tête se trouve en position pos-

lérieure, mais que peu à peu, à mesure que l'on s'approche du terme, la sagittale devient transversale, puis antérieure ? Sous quelle influence doit se produire cette rotation ? Fochier donnait de ce mouvement de rotation l'explication suivante : le fœtus, plongé dans une quantité normale de liquide amniotique (400-500 gr.), peut et doit même être influencé par une pression continue, alors même que cette pression serait très peu considérable, or, pendant la constitution du segment inférieur, ce fœtus tend constamment à gagner l'extrémité inférieure du sac utérin qui se dérobe devant lui ; ce mouvement fait descendre le fœtus et l'épaule est fatalement entraînée elle aussi. Mais si cette explication de la descente de l'ovoïde céphalique fœtal est suffisante, il faut maintenant se rendre compte pourquoi cette descente quasi rectiligne ne se continue pas et pourquoi la tête va subir son mouvement de rotation.

Fochier expliquait cette rotation par la présence de l'S iliaque et du rectum. Cette tête arrivant dans la région rectale ne peut plus trouver là, la place suffisante qu'elle trouvait plus haut, dans le sinus sacro-iliaque vide, et dans le côté gauche de l'utérus, toujours plus développé que le côté droit. Il faut donc que cette tête subisse un mouvement l'amenant en avant de l'S iliaque à un endroit où la descente pourra continuer à se réaliser. En résumé pour Fochier, voici ce qui se passe ; l'occiput arrive en bas butter contre l'S iliaque et le rectum plus ou moins rempli de matière, et l'occiput échappant à cette pression devient tranverse, puis antérieur. Au reste, la preuve de

l'exactitude de ce mécanisme de rotation est facile à donner, et l'action du gros intestin devient indéniable si on compare le tracé obtenu par la paroi abdominale par une épaule descendant droite et une autre descendant gauche. Dans ces deux cas, leur descente se fait suivant un type tout différent :

II. — POSITIONS DROITES. — Dans les positions droites, quel sera le point où pourra être perçue l'épaule pendant le dernier mois de la grossesse et aux quatre périodes principales correspondant à tête mobile, amorcée, fixée, engagée. Nous reprendrons la division précédemment posée, et examinerons successivement un occiput placé dans l'hémi-bassin droit et placé successivement en postérieur, transverse et antérieur.

a) Droite postérieure. — Si, un mois avant le terme, nous examinons soigneusement, par le palper, une femme enceinte portant un fœtus en position droite antérieure, nous constaterons en cherchant systématiquement l'épaule antérieure, qu'elle se trouve toujours à 15 centimètres de la ligne médiane, c'est la distance de l'épaule et à 17 centimètres du pubis, c'est la hauteur de l'épaule. Cette hauteur de 17 centimètres, n'est jamais dépassée dans les présentations du sommet, et l'acromion, on le voit, est toujours très loin de la ligne médiane ; ceci vient à l'appui de cette proposition de notre maître, qui prétend, qu'au début du neuvième mois, les positions postérieures sont la règle presque absolue.

b) Droites quinze jours avant le terme. — Si on examine, maintenant, un fœtus en droite, quinze jours avant le terme, nous trouverons que l'épaule s'est sen-

siblement déplacée par rapport à la position qu'elle occupait en droite postérieure. La hauteur est cette fois, de 10 centimètres ; sa distance de 11 centimètres, elle aura subi, par conséquent, une migration de 7 centimètres vers les pubis, dans un laps de temps de dix jours environ.

L'occiput n'aura cependant pas subi de mouvement amenant la sagittale dans le diamètre transverse. Par le toucher, on sentira toujours l'occiput, dans sa position primitive, c'est-à-dire en arrière et à droite ; la sagittale occupera toujours le diamètre oblique gauche.

c) *Droite dix jours avant le terme.* — Quelle va être la situation de l'épaule, dans une droite, dix jours avant le terme ? Si on mesure, la hauteur et la distance de l'épaule, à cette époque, on voit que la première de ces longueurs est de 7 centimètres et la seconde de 9 centimètres. C'est dire, qu'à ce moment, la tête est profondément engagée, puisque le diamètre bi-pariétal a dépassé en bas, de 1 centimètre le plan du détroit supérieur. Où en est maintenant, la sagittale par rapport aux diamètres du bassin ? Si, à cette période on pratique un toucher, on s'aperçoit que la sagittale est toujours dans la position constatée déjà, dans les deux examens précédents, à un mois et à quinze jours du terme, c'est-à-dire qu'elle occupe le grand diamètre oblique gauche.

La rotation de cette tête, se fera plus tard, tout à fait au moment du travail, mais ceci ne rentre pas dans notre sujet, et encore, pourrait-on dire, malgré tout, que si cette tête tourne de façon à amener l'occi-

put sous les pubis, selon le processus le plus favorable au dégagement, l'épaule n'en descend pas moins en ligne droite, ou à peu près, jusqu'à la fin du travail. Il faut donc que ce mouvement de rotation se fasse au niveau du cou. On doit faire remarquer ici, que cette constatation est difficile à expliquer, si l'on considère, que d'après les théories courantes actuelles, la tête est forcément solidarisée avec le tronc. Il y a bien certainement quelques restrictions à faire, à cette ligne de descente, presque droite. L'épaule tend, bien certainement, à un moment donné à se rapprocher de la ligne médiane, indiquant ainsi que le tronc va tourner, en amenant la tête, mais lorsque l'occiput est entraîné, et cela s'observe quelquefois, on peut se croire en face d'un cas rare. A ce propos, dans une thèse récente de M. Trillat (1), il est dit : « Les constatations du travail du professeur Fabre, démontrent ce fait général qu'un mouvement de rotation s'observe à mesure que la présentation s'abaisse, c'est-à-dire à mesure que la descente s'effectue. Ce fait est, peut-être, plus évident pour les gauches que pour les droites, mais il importe, pour la théorie que nous défendons, de constater les rotations de la tête à mesure que l'abaissement du tronc s'effectue. »

On voit donc, en comparant la descente de l'épaule dans les droites et dans les gauches, qu'à droite l'épaule descend presque en ligne droite, par exemple de 15 centimètres de la ligne médiane et de 17 centimètres du pubis, elle atteint un point situé à 11 centi-

(1) Thèse Trillat, Lyon, 1904-1905.

mètres de la ligne médiane et à 10 centimètres des pubis, pour arriver ensuite à 9 centimètres de la ligne médiane et à 7 centimètres des pubis. Elle vient terminer sa migration à l'extrémité toute antérieure du diamètre oblique droit. A gauche, au contraire, nous l'avons vu précédemment, les hauteurs de l'épaule correspondant aux quatre positions de la tête sont successivement de 17, 10, 8 et 6 centimètres, les distances de l'épaule de 15, 10, 8 et 6 centimètres.

On constate en examinant ces chiffres, que dans les droites la distance de l'épaule à ligne médiane est toujours supérieure en dimension à la hauteur, au-dessus des pubis, tandis que, dans les gauches, la distance est inférieure, ou, tout au plus, égale à la hauteur.

Quelle conclusion doit-on tirer fatalement de cette simple constatation ? C'est que normalement les positions gauches doivent se terminer en antérieures, et que les positions droites, doivent se terminer en postérieures. On peut objecter à ceci, que l'on constate cependant, quelquefois, des gauches postérieures, et des droites transverses, ou même antérieures, quoiqu'il faut bien l'avouer, ces cas soient relativement très rares. On peut répondre à ceci, en disant qu'il est telle condition défavorable, passée inaperçue dans l'appréciation du bassin par le toucher, susceptible de modifier la position et d'empêcher une gauche de tourner en antérieure, une droite de devenir postérieure. Il faut évidemment compter avec les conditions anatomiques particulières, à chaque cas, qui sont, bien certainement difficiles à apprécier, et qui font

croire à une anomalie de descente, alors qu'une modification méconnue du bassin ou de l'utérus, a empêché une descente sus-pelvienne de se faire suivant le mode ordinaire.

Cette constatation de la terminaison presque fatale des gauches en antérieures, et des droites en postérieures, nous explique pourquoi le nombre des gauches antérieures et des droites postérieures est si considérable par rapport aux autres présentations et entre ces deux catégories de présentations, il est facile de faire un classement, ces positions gauches seront plus nombreuses que les droites, assertion expliquée par ce fait que le côté gauche de l'utérus étant toujours plus long que le côté droit, le fœtus aura des tendances à s'y venir loger, ne faisant ainsi qu'obéir à la loi de l'accommodation en obstétrique. Voilà donc déjà, une première classification. Prédominance des gauches antérieures sur les droites postérieures. La première position du sommet la plus fréquente sera donc O I G A. O I D P est la deuxième position par ordre de fréquence.

Parmi ces droites, un certain nombre tourne en avant, formant les positions O I D A, c'est la troisième position. Enfin, parmi les gauches, un petit nombre se termine en O I G P, constituant la quatrième position, la plus rare.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Les observations qui vont suivre ont été classées de la façon suivante : d'abord les gauches, les droites ensuite. La situation de l'épaule y est indiquée par deux chiffres, séparés par un trait, le chiffre supérieur indique la hauteur de l'épaule, le chiffre inférieur, sa distance.

I. — Positions gauches

OBSERVATION I. — (O I G A)

Accouchement le 1^{er} mars. Marie B... 21 ans, primipare, bassin normal, entrée le 11 février avec tête engagée en O I G T, épaule à 8/7 ; le 25 février, épaule à 8/6. Occiput en O I G T-O I G A, la fin du travail s'est produite normalement, l'occiput s'est fixé sous les pubis.

OBSERVATION II. — (O I G A)

Accouchement le 4 mars. Marie C..., 24 ans, le 8 février, épaule à 15/16, primipare, bassin normal, le 15 février à 10/9, le 1^{er} mars à 8/6. Sagittale transverse puis antérieure. fin du travail absolument régulière.

OBSERVATION III. — (O I G A)

Louise M..., 20 ans, accouche le 4 mars, le 17 février la malade est vue pour la première fois, épaule à 10/10, le 2 mars épaule à 8/7. L'occiput transverse, puis antérieur, *Rotation parcooxale du tronc* au moment du dégagement.

OBSERVATION IV. — (O I G A)

Bernadette G..., 22 ans, accouche le 6 mars, examinée le 5 février, épaule à 16/17, le 20 février à 10/9, le 2 mars à 8/6. Occiput suivant le diamètre oblique droit au dernier examen. Evolution finale absolument normale.

OBSERVATION V. — (O I G A)

Céline G..., 21 ans, accouche le 7 mars, vue le 13 février pour la première fois. Occiput en O I G A-O I G T, le 2 mars en O I D T, épaule à 11/10, accouche en O I G A. *Rotation percooxale du tronc.*

OBSERVATION VI. — (O I G A)

Anaïs G..., 21 ans, accouche le 15 mars. le 13 février. O I D P, épaule 15/17, le 2 mars O I G A-T, tête fixée, épaule à 4/6, pas de rotation paradoxale, fin du travail normale.

OBSERVATION VII. — (O I G A)

Marie M..., 21 ans, accouche le 4 juin, le 3 mai épaule à 15/17, le 15 mai, épaule à 10/9, le 2 juin épaule à 8/6. Sagittale oscillant entre O I G T et O I G A.

OBSERVATION VIII. — (O I G A)

X..., accouche le 4 juin, primipare, bassin normal, le 3 mai, épaule à 15/16 ; le 15 mai à 10/11, le 1^{er} juin à 8/6. Occiput transverse, puis antérieur, travail normal.

OBSERVATION IX. — (O I G A)

Marie S..., accouche le 6 juin, le 5 mai, épaule à 15/17, le 15 mai à 10/9, le 6 juin à 4/4, tête très basse. Occiput dans l'oblique gauche, travail et évolution très normale.

OBSERVATION X. — (O I G A)

Adèle G..., 38 ans, accouche le 9 juin. le 8 mai épaule à 15/16, le 21 mai à 10/10, le 6 juin à 8/6. Occiput transverse, puis antérieur, travail normal.

OBSERVATION XI. — (OIGA)

Francine G.... accouche le 10 juin, le 7 mai, épaule à 15/17, le 24 mai à 9/9, le 7 juin à 8/6 le toucher n'a pas été fait. L'occiput a tourné normalement, le dégagement s'est accompli sans difficultés.

OBSERVATION XII. — (OIGA)

Louise G... accouche le 10 juin.

Le 31 mai, épaule à 9/9.

Le 6 juin épaule à 8/6. Occiput en transverse, puis antérieur, *rotation paradoxale* du tronc au moment de la rotation.

OBSERVATION XIII (OIGA)

Marie-Louise A... accouche le 11 juin.

Le 15 mai, épaule à 15/17, le 1^{er} juin à 10/10.

Le 3 juin à 8/6. Occiput en OIGT, puis OIGA. Travail très normal.

OBSERVATION XIV. — (OIGA)

Marie R... accouche le 12 juin.

Le 25 mai OIGT. Epaule à 8/10.

Le 8 juin, épaule à 4/4, tête très basse en OIGA, révolution normale, jusqu'au dégagement.

OBSERVATION XV. — (OIGA)

Marguerite D... accouche le 15 juin.

Le 2 juin examinée pour la première fois. Epaule à 11/10.

Le 8 juin, épaule à 8/6. Occiput en OIGT puis OIGA: évolution finale très normale.

OBSERVATION XVI. — (OIGA)

Joséphine O... 24 ans. Accouche le 21 juin.

Le 6 juin, OIGT. Epaule à 9/10.

Le 10 juin, épaule à 9/9.

Le 19 juin à 8/7. Occiput en OIGT, puis OIGA, travail très normal.

OBSERVATION XVIII. — (OIGA)

Marthe C..., primipare. Accouchée le 24 juin.

Le 7 juin, épaule à 12/10. OIGT-P.

Le 17 juin, épaule à 4/6, très engagée. Occiput en transverse, puis en antérieur. Travail et dégagement très normal.

OBSERVATION XVIII. — (OIGT)

Marie P... Accouche le 20 mars, bassin très normal.

Examinée le 14 mars pour la première fois. Epaule à 15/8.

Occiput en OIGT. Le 17 mars, épaule toujours loin à 12/8.

Occiput en OIGT. La tête a tourné tout d'un coup au moment du travail, l'occiput était en droite au dégagement, ayant passé la ligne médiane.

OBSERVATION XIX. — (OIGP)

Céline G... Accouche le 16 juin, bassin très normal.

Le 18 mai, épaule à 14/7. OIGP.

Le 25 mai à 14/8 et le 6 juin à 10/6. Occiput suivant le

diamètre oblique droit. La rotation s'est faite au moment du travail, très normalement d'ailleurs, rien au dégagement.

II. — Positions droites

OBSERVATION I. — (O I D P)

Léonie X..., 22 ans, primipare, bassin normal.

Accouche le 26 octobre.

Le 20 septembre, épaule à 17/15 ; le 10 octobre, à 11/10 ; le 14, à 8/8. Occiput en arrière et à droite. La rotation finale de l'occiput a été normale, la fixation sous le pubis très correcte, dégagement très simple.

OBSERVATION II. — (O I D P)

Henriette L..., 35 ans. Accouche le 25 février.

La malade est vue pour la première fois le 10 février. Épaule à 11/9 ; le 15 février, épaule à 10/7. Toucher, occiput en O I D P. Il reste tel jusqu'au travail qui est normal. Rotation régulière.

OBSERVATION III. — (O I D P)

Amélie S..., 30 ans. Accouche le 25 février.

Le 27 janvier, épaule à 18/14.

Le 13 janvier à 11/11, le 25 février à 9/7. Rien à signaler dans le travail. Occiput reste jusqu'à ce moment en O I D P.

OBSERVATION IV. — (OIDP)

Alice R..., 21 ans. Accouche le 16 mars.

Le 27 février, tête fixée en O I D P. Epaule à 8/6.

Le 3 mars, épaule à 8/6 encore. Occiput immobile en postérieur. Travail et rotation normale.

OBSERVATION V. — (O I D P)

Alexandrine V..., Accouche le 19 mars.

Entre le 2 mars, épaule à 14/11.

Le 14 mars O I D P. Epaule à 10/7, tête engagée, occiput suivant le diamètre oblique gauche.

Rien à signaler dans le travail.

OBSERVATION VI. — (OIOP).

Marie M., accouche le 15 juin.

Le 21 mai. Epaule à 15/16, le 3 juin 8/10, le 11 juin à 8/9. Occiput immobile en O I D P. La rotation de la tête se fait à la fin, très normalement, l'occiput se fixe sous les pubis, le dégagement est parfait.

OBSERVATION VII. — (OIDP).

Marie N., 30 ans, accouche le 17 juin.

Le 8 juin, vue pour la première fois. Epaule à 13/7, tête engagée.

Le 12 juin à 10/7. Occiput en O I D P., fin du travail très normal.

OBSERVATION VIII. — (OIDP)

Célestine B., accouche le 19 juin.
Le 5 mai. Epaule à 19/10.
Le 6 juin (OIDT-P). Epaule à 9/5.
Le 8 juin. Epaule à 6/7. Tête très engagée. Occiput fixe en (OIDT-P). — Rotation finale normale,

OBSERVATION IX. — (OIDP).

Francine R., 21 ans, accouche le 20 juin.
Le 3 juin. Epaule à 3/10.. Occiput en OIDP.
Le 10 juin. Epaule à 9/9.
Le 17 juin à 7/8. Occiput en transverse. Rotation et travail très normal.

OBSERVATION X. — (OIDP).

Adèle D., 16 ans, accouche le 21 juin.
Le 30 mai. Epaule à 10/11.
Le 15 juin à 8/10. Occiput immobile en OIDP.
La rotation s'effectue au moment du travail, la sagittale tourne bien en avant, dégagement normal.

OBSERVATION XI. — (OIDP)

Eugénie O. . ., 22 ans. Accouche le 25 juin.
Le 30 mai, épaule à 8/9, en OIDT, le 8 juin, OIG P, épaule à 8/9.
Le 17 juin OIG T, 8/10, le 20 juin OIDP, tête fixée 11/7.

L'occiput ici, a occupé presque tous les diamètres du bassin, cependant normal, l'accouchement s'est fait comme dans une O I D P, très correctement.

OBSERVATION XII. — (O I D T) (4)

Marie B... Accouche le 2 mars.

Le 4 février, épaule à 15/17. Occiput en transverse.

Le 17 février à 14/10.

Le 28 février à 10/7, l'occiput est resté transverse jusqu'à la fin et cependant la rotation n'a pas été paradoxale, le dégagement s'est fait très bien.

OBSERVATION XIII. — (O I D T)

Marie D..., 21 ans. Accouche le 5 mars.

Le 18 février épaule à 8/9, la malade n'est pas vue avant le 27 février, épaule encore à 8/9. Pas de rotation de la tête, celle-ci effectue son quart de tour au moment du travail, dégagement normal.

(4) Dans ces observations du O I D T, le bassin était cependant très normal, et toutes les femmes observées étaient primipares.

CONCLUSIONS

I. Par la palpation de l'épaule, chez les primipares, à bassins normaux on peut, dans les présentations du sommet, fixer d'une façon très exacte :

1° Le degré d'engagement de la tête ;

2° La position du fœtus.

II. Le degré d'engagement se caractérise en clinique par quatre positions : 1° elle est mobile ; 2° amorcée ; 3° fixée ; 4° engagée.

L'épaule est perçue à une hauteur supérieure à 13 centimètres dans les têtes mobiles ; dans les têtes amorcées, entre 13 et 10 ; dans les têtes fixées, entre 10 et 8 ; dans les têtes engagées, au-dessous de 8. Ces différentes dimensions expriment la *hauteur de l'épaule*, au-dessus des pubis.

III. Les positions sont déterminées par la distance qui sépare l'épaule de la ligne médiane, c'est ce que le professeur Fabre appelle la *distance de l'épaule* ; Lorsque la tête est mobile dans les postérieures elle est de 15, dans les transverses de 12, lorsque la tête est engagée, ces distances sont de 10 dans les posté-

rieures; de 6 dans les transverses, l'épaule est tout près de la ligne médiane dans les antérieures.

IV. Ces deux mouvements de descente de la tête et de rotation du tronc se combinent et font que, l'épaule, dans les positions gauches, décrit une légère courbe; dans les droites, la descente se fait le plus souvent en ligne droite, par suite de la non rotation du tronc.

V. L'importance de ces constatations est telle que si cette descente ne se fait pas suivant ce type, on peut conclure à une anomalie de la tête ou du bassin.

Le Président de la thèse,

M. FABRE.

Vu :

Le doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 13 décembre 1904.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

PINARD. — Traité du palper abdominal, 1878.

HUBERT. — Quelques faits suivis de réflexion sur les présentations vicieuses du fœtus et sur la possibilité de les corriger par des manipulations extérieures.

In Annales de gynécologie, septembre 1843, et encyclopédie des sciences médicales. juillet et août 1843.

M^{me} LACHAPELLE. — Pratique des accouchements, 1821.

CHARPENTIER. — Du palper abdominal.

RIVIÈRE. — Annales de gynécologie, 1886, page 252. Du palper de l'épaule.

MATTEI. — Traité du palper abdominal.

DESCEUX. — Du palper abdominal.

AUVARD. — Précis d'obstétrique.

RIBEMONT et DESSAIGNE. — Précis d'obstétrique.

FABRE. — Communication à la Société des sciences médicales (février 1896.)

TRILLAT. — Thèse, Lyon, 1904-05.

